

FUENTES DE INGRESO PERSONAL DEL SOLICITANTE: MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA					
<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Administración de veteranos de guerra	<input type="checkbox"/> Servicio civil			
<input type="checkbox"/> Ingreso Suplemental del Seguro (SSI)	<input type="checkbox"/> Despacho de asuntos indígenas (BIA)	<input type="checkbox"/> Ninguno			
<input type="checkbox"/> Asistencia General-No es apto para el empleo (GA-U)	<input type="checkbox"/> Jubilación de ferroviario	<input type="checkbox"/> Otro (especifique abajo):			
<input type="checkbox"/> Suplemento estatal	<input type="checkbox"/> Fondo de fideicomiso				
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	<input type="checkbox"/> Ingreso percibido				
¿Cuenta el solicitante con algún tipo de cobertura médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, sírvase indicar.		¿Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí			
		NÚMERO DE MEDICARE		TIPO	
A. CÓDIGOS DE LA ETNIA (MARQUE EL CÓDIGO QUE CORRESPONDA ABAJO)					
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Chino	Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico		B. ¿Es el solicitante hispano?	
<input type="checkbox"/> Americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Esquimal	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> No se informó		
<input type="checkbox"/> Aleutiano	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Guameño	<input type="checkbox"/> Sí (De ser sí, indique)		
<input type="checkbox"/> Indígena americano	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Otras islas asiáticas o del pacífico	<input type="checkbox"/> Cubano		
Asiático	<input type="checkbox"/> Tailandés	<input type="checkbox"/> Otra raza	<input type="checkbox"/> Mejicano /mejicano-americano/ chicano		
<input type="checkbox"/> Indígena asiático	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> No se indicó	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño		
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		<input type="checkbox"/> Otra raza española/hispana		
IDIOMA MATERNO	HABLA INGLÉS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	ENTIENDE INGLÉS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce	REQUIERE INTÉRPRETE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	REQUIERE TRADUCCIÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
A	NOMBRE DE LA PERSONA MÁS ALLEGADA	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	NÚMEROS TELEFÓNICOS	CONTACTO POR CORRESPONDENCIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TIPO/FUNCIÓN DE PARENTESCO	TIPO /FUNCIÓN DE LA RELACIÓN LEGAL	VIVE CON EL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
B	NOMBRE DEL ALLEGADO	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	NÚMEROS TELEFÓNICOS	CONTACTO POR CORRESPONDENCIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TIPO/FUNCIÓN DE PARENTESCO	TIPO /FUNCIÓN DE LA RELACIÓN LEGAL	VIVE CON EL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
C	NOMBRE DEL ALLEGADO	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	NÚMEROS TELEFÓNICOS	CONTACTO POR CORRESPONDENCIA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TIPO/FUNCIÓN DE PARENTESCO	TIPO /FUNCIÓN DE LA RELACIÓN LEGAL	VIVE CON EL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PARA PERSONAS MENORES DE 22 AÑOS DE EDAD					
NOMBRE DE LA ESCUELA/PROGRAMA DIURNO				FECHA DE INICIO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO TELEFÓNICO	
NOMBRE DEL DISTRITO ESCOLAR					
COMENTARIOS					

SOLICITUD PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA DDD INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

Datos del solicitante

El solicitante es la persona para la cual se solicita la elegibilidad para DDD. Llene toda esta sección. Si el solicitante no tiene teléfono, anote *ninguno*.

Persona de contacto

La *persona de contacto* es alguien quien podrá contactar al solicitante o proporcionarnos la información de contacto, en caso de que no podamos localizar al solicitante. Si no hubiera un representante legal, anote el nombre de otra persona o entidad asesora que pueda asistir si se requiere al solicitante para los propósitos de Arreglos Adicionales Necesarios (NSA), a menos que el solicitante solicite por escrito que no se notifique a otra persona. (WAC 388-825-100)

Representante legal

El *representante legal* es: el padre/madre de un niño menor de dieciocho años de edad; el tutor legal de una persona; el tutor con potestad limitada de una persona cuando éste tenga autoridad para tomar decisiones de atención a la salud; el abogado de una persona; el apoderado de una persona (una persona que cuenta con un poder legal que lo autoriza a tomar decisiones de atención a la salud); o cualquier otra persona autorizada por la ley para actuar en lugar de la persona en cuestión. Si el solicitante no posee un representante legal, deje esta sección en blanco o escriba *N/C*.

Situación Habitual de vivienda del solicitante

Marque la casilla que mejor describa el lugar donde vive el solicitante.

Describa el impedimento y la edad en la que se detectó

Las respuestas a estas preguntas nos ayudarán a entender el tipo de impedimento que el solicitante pudiera tener. Si necesitara espacio adicional, utilice el reverso de la carilla u otra hoja.

Firma del solicitante o representante legal

Si el solicitante tuviera menos de 18 años de edad, su padre /madre o representante legal debe firmar y fechar la solicitud. Si el solicitante tuviera 18 años de edad o más, el solicitante o su representante legal deben firmar y fechar la solicitud.

Fuentes de ingreso del solicitante

Marque todo lo que se aplique al solicitante.

Cobertura médica

¿Qué tipo de cobertura médica posee el solicitante (de haber alguna)? Escriba el tipo de cobertura. Si el solicitante no posee cobertura médica, escriba *Ninguna*. Anote el número y el tipo de cobertura médica si el solicitante recibe Medicare.

Etnia del solicitante y la sección a continuación para hispanos

Marque **sólo una casilla en cada sección**.

Idioma

Escriba el idioma materno del solicitante, incluyendo lenguaje a señas estadounidense (ASL) u otro lenguaje a señas, Braille o si el solicitante utiliza un dispositivo TDD u otro dispositivo para comunicación. Si el solicitante requiere un intérprete, marque la casilla para indicar *Sí*.

Personas allegadas

Las *personas allegadas* son personas en la vida del solicitante que son importantes o pudieran estar involucradas en el bienestar del solicitante; por ejemplo: padres biológicos o adoptivos, abuelos, tías, tíos, funcionarios sociales de la División Servicios para Niños y Familias (para niños), amistades, asesores y tutores legales. Si no está seguro de lo que tiene que marcar bajo la sección legal, puede indicar **Se desconoce**. En el caso de una custodia, requeriremos copias de las órdenes judiciales de la custodia. Si el solicitante es adoptado, requeriremos copias de los documentos legales de adopción.

Escuela/Programa diurno

Todo programa al que el solicitante asista diariamente, como el programa de Intervención Temprana, escuela u otro programa. Si el solicitante no asiste diariamente a ningún programa fuera del hogar, escriba N/C.

Comentarios adicionales

Puede dejar esta sección en blanco o escribir cualquier comentario breve adicional que considere pudiera ayudar a determinar la elegibilidad.

Lista de los documentos adjuntos que se requieren

- Solicitud firmada con todas las secciones completadas.
- Copias de toda evaluación médica o psicológica que indique el impedimento del solicitante.
- Consentimiento para intercambiar información confidencial*, firmado; cerciórese de incluir los domicilios y los números telefónicos de todos los proveedores.
- Copia del comprobante de residencia en el Estado de Washington del solicitante (facturas de servicios públicos, registro de elector, etc.) Si el solicitante es menor, comprobante de residencia del padre/madre con custodia.
- Formulario HIPAA firmado (*Aviso de Prácticas de Confidencialidad*).
- Copia de la tarjeta del seguro social o documentación del número de seguro social, si existiera uno.
- Copia del Plan de Paternidad ordenado por el tribunal (si fuera aplicable).
- Copia de los documentos de custodia (si fuera aplicable).
- Copia del certificado de nacimiento o documentos legales de adopción.

Esta solicitud no podrá aceptarse sin los documentos adjuntos que se requieren. Si tuviera preguntas, llame a la oficina de DDD de su localidad.

Los números de llamada gratuita son:

Región 1	Spokane	1-800-462-0624	Región 4	Seattle	1-800-314-3296
Región 2	Yakima	1-800-822-7840	Región 5	Tacoma	1-800-248-0949
Región 3	Everett	1-800-788-2053		Bremerton	1-800-735-6740
	Bellingham	1-800-239-8285	Región 6	Tumwater	1-800-339-8227
				Vancouver	1-888-877-3490